Government of Canada Gouvernement du Canada Canada

Français | Contact Us | Help | Search | Canada Site

What's New | Who We Are | DSP Home | PWGSC Home | CCSB Home

Depository Services Program

Library of Parliament
Parliamentary Research Branch

94-4E

THE CANADA HEALTH ACT: OVERVIEW AND OPTIONS

Prepared by:
Odette Madore
Economics Division
Revised 13 January 2000

TABLE OF CONTENTS

ISSUE DEFINITION

BACKGROUND AND ANALYSIS

A. Justification for Government Intervention in Health Care

B. The Role of Governments in Health Care in Canada

C. Historical Background

D. The Requirements Stipulated in the Act

E. Penalties for Defaults under the Act

F. Imposition of Penalties

G. The Issue of Privatization

H. The Options: Should We Keep the Act As It Is, Amend It or Repeal It?

CHRONOLOGY

SELECTED REFERENCES

THE CANADA HEALTH ACT: OVERVIEW AND OPTIONS*

ISSUE DEFINITION

The *Canada Health Act* (hereafter called the Act) received Royal Assent on 1 April 1984. Through this Act, the federal government ensures that certain requirements, such as free and universal access to insured health care, are met by the provinces and territories. These requirements, or "national principles", have helped shape provincial health care insurance plans throughout the country.

Today, however, the Act is the focus of a lively debate. The gradual reduction of federal transfers to provinces, the de-insuring of services previously covered by public health care insurance, the existence of private and semi-private clinics in some provinces, and the shift towards non-institutional care are all factors that call into question or can be said to threaten the national principles in the Act.

The discussion on national principles is part of a much broader picture, involving factors that are political (separation of powers), fiscal (balancing the budget) and economic (greater cost-effectiveness). It raises fundamental concerns about the public sector's role, including that of the federal government, in health care funding.

>This document gives an overview of the *Canada Health Act*. It does not set out to offer a legal interpretation of the Act; rather, it seeks to take stock of the evolution of the way it is implemented and examine its future prospects. The first section reviews the justifications for government intervention in the health care sector, while the second describes the respective roles of the federal government and the provinces. The third section traces the historical background of the Act, and the fourth presents an overview of the requirements attached to it. In the fifth section, penalties for defaults under the Act are described, and in the sixth and final section, some options are set out for maintaining the Act or improving it.

BACKGROUND AND ANALYSIS

A. Justification for Government Intervention in Health Care

In Canada, governments are the main source of funding for health care since they play a key role in the insurance market. The proponents of government intervention in this field generally cite economic and social equity factors. First, they explain that government intervention is necessary to correct potential problems for social equity in the operation of the private insurance market. They claim that private insurance companies could refuse to insure high-risk clients or force them to pay a much higher premium to offset the risk. They believe that government insurance can correct the shortcomings in the private market by protecting the broadest possible cross-section of the population and avoiding unreasonable premium hikes which ultimately effect no improvement in the state of health. Second, they maintain that the private insurance market does not have a regard for economic equity. They argue that in a private insurance market, individuals with health problems and a low income would be subject to the same fee structure as high-income individuals; thus, economically disadvantaged individuals would have to assume a relatively higher proportion of health care costs. Government intervention would, then, guarantee increased access to insurance, regardless of the individual's ability to pay.

For these reasons, governments in Canada have favoured public health care insurance over private insurance. This approach, which protects all people against the risk of illness, is essentially based on income tax: all citizens contribute in accordance with their income, rather than in accordance with the benefits they expect to derive. Thus, since its introduction, public health care insurance in Canada has stressed the principle of transferring resources from the richer to the poorer and pooling the risks between the healthy and the less healthy.

This does not mean, however, that the private sector is totally absent from this field in Canada. Private health care insurance exists, but its scope is limited. To be more precise, the private market provides additional coverage for health services that are not insured by the public plan or that are only partially insured by it. Moreover, the delivery of health care is largely in the hands of the private sector: most medical practitioners are in private practice and hospitals are to a great extent private, non-profit organizations. However, physician and hospital services and remuneration for these are subject to government regulation.

B. The Role of Governments in Health Care in Canada

The federal and provincial governments have very different responsibilities in health care. Strictly speaking, the federal government cannot establish and maintain a national health care insurance plan because it cannot regulate the delivery of health care to individuals; under the Canadian Constitution, and according to how this has been interpreted by the courts, health care is a field primarily under provincial jurisdiction. The only explicit references in the Constitution to health care issues give the federal government jurisdiction in matters relating to navy hospitals and quarantine. In addition, the federal government is responsible for delivering health services to groups that fall under its jurisdiction, such as aboriginal peoples, the Canadian forces, veterans and inmates in federal penitentiaries. It is the responsibility of the provincial governments to determine how many beds will be available in a province, what categories of staff will be hired and how the system will serve the population. They also approve hospital budgets, negotiate fee scales with the medical associations and administer the public health care insurance plan in their own province.

The federal government has intervened in the health care field by using the constitutional "spending power," which enables it to make a financial contribution to certain programs under provincial jurisdiction, generally subject to provincial compliance with certain requirements. Pierre Blache, in an article published in 1993 in the *Revue générale de droit*, indicates that in his opinion, it is the constitutional imbalance between powers and responsibilities, together with inter-provincial equity factors, that brought about federal transfers such as those that go to the health sector:

> The scale of transfer payments from the federal government to the provincial governments has increased in Canada as a result of the characteristics of the constitution and reality. It is because Canadian provinces have been given the potentially most expensive responsibilities in the modern state, while being limited to direct taxation, and because many of them have found themselves faced with a tax base below the national average, that recourse to the spending power has become so important in the practical workings of Canadian federalism. [...] Against such a background, it appeared unfair to leave it to the provinces to fund the social programs demanded by the people, out of their own resources. (p. 38) [translation]

Consequently, the federal government has intervened in areas under provincial jurisdiction, but without changing the division of powers stipulated in the Constitution. Although the federal government is not responsible for health care administration, organization or delivery, it can exert considerable influence on provincial health care policies by using the political and financial leverage afforded by the spending power. In fact, by setting the requirements for providing federal funding,

the *Canada Health Act* has to a large extent shaped provincial health care insurance plans throughout the country.

C. Historical Background

Public health care insurance as we know it today, in which the financial contribution of the federal government is linked to provincial compliance with specific requirements, dates back to the 1950s. Under the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act of 1957* and the *Medical Care Act of 1966*, the federal government made an offer to the provinces to fund approximately half the cost of all insured health services. In return for federal contributions, the provinces, as part of their public health care insurance plans, undertook to insure hospital and physician services and to comply with certain requirements, such as universality. These two Acts did not prevent provinces from demanding a financial contribution from patients; however, since federal contributions were proportional to provincial government expenditures, the provincial governments had nothing to gain from imposing direct patient charges. In fact, the revenue from such charges would have resulted in a reduction in the federal contribution. This implicit reduction mechanism thus strongly deterred provinces from adopting any form of direct patient charges, such as extra-billing and user charges.

In 1977, this formula of shared costs was replaced by a method of block funding based on cash transfers and tax transfers as part of Established Programs Financing (EPF). Both federal Acts on hospital services and medical care and the requirements attached to them were retained. However, the implicit mechanism for deducting federal contributions was eliminated with the EPF, since federal funding was no longer linked to provincial government expenditures; this resulted in a proliferation of direct patient charges. For example, Newfoundland, New Brunswick, Quebec, Ontario, Saskatchewan, Alberta and British Columbia levied user charges and extra-billing was authorized in most provinces. The federal government saw this situation as posing a threat to the principle of free and universal access to health services throughout the country. It was therefore anxious to reassert its commitment to the principle of universal health care insurance; it relied heavily on the criterion of economic equity to justify its intervention. A document issued by Health and Welfare Canada in 1983 stated:

> The Government of Canada believes that a civilized and wealthy nation, such as ours, should not make the sick bear the financial burden of health care. Everyone benefits from the security and peace of mind that come with having pre-paid insurance. The misfortune of illness which at some time touches each one of us is burden enough: the costs of care should be borne by society as a whole. That is why the Government of Canada wishes to re-affirm in a new Canada Health Act our commitment to the essential principle of universal health insurance.

This document paved the way for the *Canada Health Act*, which, as we stated earlier, was passed on 1 April 1984. The Act combined and updated the two federal Acts of 1957 and 1966. The national principles were reaffirmed in the Act, but extra restrictions were specifically added to deter any form of direct patient charges and to provide citizens of all provinces with access to health care regardless of ability to pay.

Since 1 April 1996, the *Canada Health Act* has been linked to the Canada Health and Social Transfer (CHST), which merged EPF transfers with Canada Assistance Plan (CAP) transfers. The method of calculation adopted for the CHST is similar to that used for EPF transfers and includes both cash transfers (which have a minimum floor) and transfers of tax points. The provinces must meet all the requirements of the Act in order to be eligible for the full cash transfer.

D. The Requirements Stipulated in the Act

The *Canada Health Act* sets out nine requirements that provincial governments must meet through their public health care insurance plan in order to qualify for the full federal contribution under the CHST. These nine requirements include five criteria, two specific provisions and two conditions. The five criteria are universality, comprehensiveness, accessibility, portability and public administration and apply to insured health services. The two specific provisions relate to user charges and extra-billing for insured health services. The two conditions pertain to the provision of provincial information and provincial recognition of federal contributions; they apply to both insured health services and extended health care services.

Section 8 of the Act deals with public administration. Under this section, each provincial health care insurance plan must be administered on a non-profit basis by a public authority, which is accountable to the provincial government for its financial transactions. This arrangement is largely explained by the considerable amount of money devoted to the health care sector and the need for governments to keep some control over the growth of these expenditures. It is also designed to allow information to be consolidated.

Under the criterion of comprehensiveness stipulated in section 9, the health care insurance plan of a province must insure all services that are "medically necessary." The criterion of comprehensiveness refers in a way to a minimum basket of services, since the Act neither mentions the quantity of services to be provided nor gives a detailed list of what services will be insured; provincial governments can define these. Thus, the range of insured services may vary among provinces and from one year to the next.

Under section 10, the criterion of universality demands that all residents in the province have access to public health care insurance and insured services on uniform terms and conditions. Initially, the concept of universality focused on two specific objectives. First, it sought to make insured services available to everyone, everywhere. Second, it sought to pool the risks among those insured; the more people the plan covered, it was said, the more the risk-sharing would be cost-effective.

As stipulated in section 11, the criterion of portability requires provinces to cover insured health services provided to their citizens while they are temporarily absent from their province of residence or from Canada. For insured health services provided in another province, payment is made at the rate negotiated by the governments of the two provinces. For out-of-Canada services, the Act states that the amount paid will be at least equivalent to the amount the province of residence would have paid for similar services rendered in that province.

The fifth criterion, accessibility, is set out in section 12: insured persons must have reasonable and uniform access to insured health services, free of financial or other barriers. No one may be discriminated against on the basis of income, age, health status, and so on.

Free access to insured health services is the key factor of the *Canada Health Act*. The two provisions of the Act specifically discourage financial contributions by patients, either through user charges or extra-billing, for services covered under provincial health care insurance plans.

With respect to the two conditions, provincial governments are required by regulations to provide annual estimates and statements on extra-billing and user charges. They are also required to provide voluntarily an annual statement describing the operation of their plans as they relate to the criteria and conditions of the Act. This information serves as a basis for the *Canada Health Act* annual report. In addition, provinces are required to give public recognition of federal transfers.

The Act makes a distinction between "insured health services," those that have been deemed "medically necessary," and "extended health care services." So-called medically necessary services are defined only in the broad sense of the term in the Act. Section 2 states that insured health services comprise (1) hospital services that are medically necessary for the purpose of maintaining health, preventing disease or diagnosing or treating an injury, illness or disability, including accommodation

and meals, physician and nursing services, drugs and all medical and surgical equipment and supplies; (2) any medically required services rendered by medical practitioners; and (3) any medically or required surgical-dental procedures which can only be properly carried out in a hospital. These services must be fully insured by provincial health care insurance plans.

Section 2 of the Act also stipulates that extended health care services include intermediate care in nursing homes, adult residential care service, home care service and ambulatory health care services. Since these services are not subject to the two provisions relating to user charges and extra-billing, they can be charged for at either partial or full private rates. In addition, provincial health care insurance plans may cover other health services, such as optometric services, dental care, assistive devices and prescription drugs, which are not subject to the Act, and for which provinces may demand payment from patients. The range of such additional health benefits that are provided under provincial government plans, the rate of coverage and the categories of beneficiaries vary greatly from one province to another.

E. Penalties for Defaults under the Act

Penalties under the *Canada Health Act* are linked to federal transfers to the provinces. More precisely, each provincial health care insurance plan must comply with the requirements of the Act before the province receives its total entitlement of cash transfers. If a province fails to comply, the federal government may impose a penalty and withhold part or all of the transfers. Between 1984-1985 and 1990-1991, this financial penalty was applied to that portion of EPF transfers earmarked for health care. Between 1991-1992 and 1995-1996, financial penalties were not limited solely to federal transfer payments for health care. In fact, the government expanded the penalties to cover other cash transfers. It had become necessary to extend the financial penalty to transfer payments in other fields because of the federal government's continued restriction on the growth rate of EPF transfers and its specific impact on cash transfers. Studies such as those conducted by the National Council of Welfare in 1991 and Jenness and McCracken in 1993 had predicted that EPF payments to some provinces would be non-existent by the year 2000. These additional withholdings or deductions were not stipulated in the *Canada Health Act*, but were specifically set out in paragraphs 23.2(1), 23.2(2) and 23.2(3) of the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*. These provisions apply as well to the CHST, but have become less relevant with the merger of EPF and CAP transfers into a single envelope. By bringing in the CHST, the federal government has moved to prevent the erosion of its power to enforce compliance with the *Canada Health Act* across the country. Obviously, if a province were to decide to forgo its entitlement under the CHST, it would no longer be required to comply with the requirements of the *Canada Health Act*.

The financial penalties stipulated in the Act vary depending on whether a default is directly related to extra-billing and user charges or involves failure to satisfy any of the five criteria or the two conditions. Sections 18 to 21 of the Act, which describe the provisions relating to penalties for extra-billing and user charges, stipulate that the federal government may withhold one dollar of cash transfer for every dollar collected through direct patient charges. In the case of failure to satisfy the criteria or conditions, section 15(1)(a) of the Act stipulates that the cash value of the penalty is left to the discretion of the Governor in Council, who sets the amount depending on the "gravity" of the default. As Sheilah L. Martin suggested in a paper published in 1989, the discretionary nature of this penalty does not require the federal government to impose a fine, but leaves it the option of doing so. At one extreme, Cabinet could decide to withhold all CHST cash transfers, and even reduce federal contributions paid as part of other programs. At the other extreme, the federal government could decide not to impose any financial penalty and to confine its action to persuasion and negotiation alone.

The Act also includes a conflict resolution mechanism for cases where a province violates the requirements of the Act. It is a long process, however, with the result that federal contributions are not reduced immediately. In the event that Health Canada deems a provincial plan as failing to satisfy any one of the five criteria or the two conditions, under section 14(2) it must inform the province of the problem, obtain its explanations, draft a report on its concerns and, if the provincial Health Minister so requests, hold a meeting to discuss the issue. Section 15 states that only if the Governor in Council is convinced that the province no longer meets the criteria and conditions of the

Canada Health Act, may Health Canada direct by order that federal contributions be reduced or withheld.

F. Imposition of Penalties

The federal government has already resorted to financial penalties and reduced its contributions to some provinces that were authorizing extra-billing or imposing user charges; it deducted over $85 million from EPF transfers during the 1984-85 fiscal year. However, it also complied with section 20 (6) of the Act, under which a province was able to recover these funds if it terminated all forms of direct patient charges in the three years after the Act came into force, that is, before 1 April 1987. Since all provinces complied with the Act within this timeframe, the amounts withheld were all reimbursed.

In 1994, the federal government once again used the penalties stipulated in the Act. The Governor in Council decided to withhold $1,750,000 in EPF transfers to British Columbia because approximately 40 medical practitioners in that province had opted out of the province's health care insurance plan in 1993 and resorted to extra-billing. These doctors have since discontinued this practice.

More recently, the federal government announced that it would once again impose other financial penalties to ensure compliance with the *Canada Health Act*. In January 1995, the federal Minister of Health sent a letter to all provincial governments warning them that semi-private clinics that demand facility fees from patients for medically required services are violating the Act, since such charges constitute user charges. This letter gave the provinces until 15 October 1995 to comply with the Act; after this date, the federal government would reduce its transfers by an amount equivalent to the revenue received from user charges. Apparently, the Minister's warning was primarily aimed at Alberta, where it was estimated that private clinics collected between $4 million and $7 million every year in facility fees. There were semi-private clinics in other provinces, however, and, after the 15 October 1995 deadline had passed, the federal Health Minister indicated that the cash penalties would apply to all offending provinces. **In November 1995, Health Canada began penalizing Alberta, Manitoba, Newfoundland and Nova Scotia. When deductions from transfers to Alberta ended in July 1996, a total of $3,585,000 had been deducted from that province. Similarly, a total of $267,000 had been deducted from Newfoundland, which started complying with the Act in January 1998. The penalties imposed on Manitoba ($2,056,000 in total) were discontinued as of 1 February 1999. Nova Scotia is still not complying with the *Canada Health Act* and is being penalized in the amount of $4,780 per month.**

Until now, however, there has been no discretionary penalty for failure to comply with the five criteria stipulated in the Act, despite some complaints regarding, for example, portability and comprehensiveness.

There are claims that several provinces are violating the criterion of portability. For example, in 1988 Quebec refused to sign the reciprocity agreement whereby other provinces would be reimbursed according to their own rates for services they provided to Quebeckers outside Quebec. Moreover, Canadians must increasingly resort to private insurance when abroad: New Brunswick, Quebec, Saskatchewan, Alberta and British Columbia have reduced their coverage for emergency hospital services obtained outside Canada. Some experts accuse the federal government of inaction in this area. They explain that the scope of the portability criterion is clearly defined in the Act, where the terms and conditions for reimbursement of out-of-province services are stipulated. This issue will undoubtedly have to be negotiated by the federal government and the provinces, if the criterion of portability is to be preserved.

Likewise, some people believe the criterion of comprehensiveness is not being observed in practice, since all provinces do not necessarily cover the same basket of insured health care services or medically required services. They also believe that cutting government expenditures will compromise this principle even further and that the process of de-insuring begun in recent years could lead to the balkanization of provincial health care insurance plans. Federal legislation defines only the major outline of insured services and leaves each province complete freedom to determine what services its public plan will provide. However, de-insurance emphasizes the gaps between provinces in their

coverage of health care services; these discrepancies are likely to become increasingly difficult to justify. Moreover, de-insurance with the sole purpose of reducing public health expenditure could ultimately undermine the criterion of free access inasmuch as it has not been proved which services are or are not medically necessary. This raises the thorny problem of how to determine when a service is medically necessary. It could prove difficult to determine the limits of any list of medically necessary health services. Furthermore, it is hard to know how far the federal government can intervene in defining insured services, without encroaching on provincial jurisdiction.

It is important to note that, although discretionary penalties have never been applied, a number of cases of non-compliance have been resolved through discussion, negotiation and persuasion. While this approach may lead to less friction in federal-provincial relations, it does not lead to a speedy resolution of violations to the Act. In his November 1999 report (Chapter 29), the Auditor General of Canada pointed out that six cases of non-compliance had been resolved through discussion and negotiation; however, four of them took 14 to 48 months to resolve, while the remaining two went on for as long as five years without any penalty.

On 4 February 1999, federal and provincial governments (with the exception of Quebec) signed the Social Union Framework Agreement in which the governments reaffirmed their commitment to the five criteria of the *Canada Health Act*. The agreement also offers a process for avoiding and/or resolving disputes over the interpretations of the Act. In his November 1999 report, the Auditor General of Canada welcomed this process and recommended that it be used to resolve new or outstanding issues over the interpretation and application of the *Canada Health Act*.

G. The Issue of Privatization

This section attempts to shed some light on the present confusion over the concept of privatization and its implications in terms of the *Canada Health Act*.

Privatization is the process whereby the government transfers some of its activities or responsibilities to the private sector. With respect to health care, privatization of financing is not the same as privatization of delivery. Privatization of financing is achieved by shifting the burden of funding away from public health care insurance plans and towards patients and/or their private insurance companies. Privatizing the delivery of health care implies greater reliance on individuals and institutions outside government for the production and provision of health care services. In Canada, the difficulties with respect to privatization revolve primarily around the financing of health care since health care delivery is already largely private in nature. In fact, governments deliver relatively few health care services directly. Most health care providers (e.g., physicians, physiotherapists, and pharmacists) are in private practice; they are not government employees. The vast majority of hospitals and long-term care institutions are not-for-profit and are privately owned; while they are funded by government, they are not owned by government.

Privatization of health care financing can be achieved in two ways, either actively, by containing public health care costs, or passively, by shifting the care outside traditional settings. Active privatization is the direct result of the partial or total de-insurance of publicly funded health services. In the 1990s, in an effort to reduce public health care costs and to balance their budgets, most provinces limited the coverage provided under their health care insurance plans. A list of de-insured services by province is presented in the following table. For the most part, medically required hospital and physician services remain covered by provincial health care insurance plans. In fact, public funding accounts for some 91% of hospital expenditures, while 99% of total physician services are financed by the public sector (according to data from the Canadian Institute for Health Information).

Passive privatization mainly refers to the gradual shift towards non-institutional care into the home and the community. Less invasive medical techniques and shorter hospital stays have allowed Canadians to receive more medical care in their homes and in the community. As a result, many services that are deemed medically necessary today are not publicly insured

because they are not provided in hospitals or by physicians. Consequently, many commentators contend that the realities of health care have shifted considerably since 1984, when the *Canada Health Act*, with its focus on hospitals and physician services, was passed. In other words, the definition of "medically necessary services" has not kept pace with the way services are now delivered. The National Forum on Health subscribed to this view when it stressed that it would be essential to "fund the care, not the institution." Accordingly, it recommended that public health care insurance be expanded to cover a wider range of services and, in the first instance, home care and prescription drugs. It is believed that the scope of the *Canada Health Act* could be broadened without challenging in any way the requirements embodied in that Act.

DEINSURED HEALTH CARE SERVICES BY PROVINCE

SERVICE (1)	PROVINCE
Routine circumcision of newborn	NFLD, PEI, NS, NB, ONT, ALTA, YK
Xanthelasma excision (removal of fatty spots on eyes)	NFLD, NS, ONT
Hypnotherapy	NFLD
Removal of impacted teeth	NFLD
Otoplasty	NFLD, PEI, NB, ONT, ALTA
Gastroplasty (stomach stapling)	NB, NS, YK
Tattoo removal	SASK, MAN, ONT
Reversal of sterilization	PEI, NB, ONT, MAN, SASK, ALTA, YK (uninsured service in NS and BC)
Penile prosthesis	NS, ONT, SASK
Psychoanalysis	MAN, QC
Eye examination (People aged 19 to 64)	PEI, NS, NB, QC, MAN, SASK, ALTA
Wart and benign skin lesion removal	NS, NB, ONT, MAN, ALTA, SASK, BC
Second or subsequent ultrasounds in uncomplicated pregnancies	NS, BC
In-vitro fertilization	ONT, MAN (uninsured service in NFLD, NS, NWT)
Simple sclerotherapy (removal of varicose veins)	QC, ONT, MAN (uninsured service in NS)
Artificial/intrauterine insemination	NS, NB (uninsured service in ALTA)
Ear wax removal	NS
Anaesthesia associated with a non-insured service	NB, SASK, ALTA
Chiropractic services	SASK
Epilation of facial hair	PEI, ONT

Eye refractions	NFLD, SASK
Cosmetic surgery	ALTA (uninsured service in NFLD, NS, PEI, NB, QC, MAN, SASK, BC, YK, NWT)
Breast reduction/augmentation	NS, NB, ONT, BC

(1) Some exceptions may apply.
Source: Canadian Medical Association. *Uninsured Medical Services – A Canadian Perspective.* February 1997.

In the Canadian context of health care, the main concern with respect to privatization is that it can lead to a "two-tier" system – one that allows some patients to pay privately and receive priority access to health care, while the rest of the population who use the publicly funded health services must face longer waiting times. The issue over privatization surfaced in 1995, when the federal government implemented its policy on private clinics.

There are two categories of private clinics: semi-private clinics and fully private clinics. Semi-private clinics are facilities that receive public funding for medically required services under a provincial health care insurance plan, but also demand payment ("facility fees") from the patient. In the view of the federal government, facility fees present a problem because people who can afford to pay them get faster access to services. In 1995, the federal Minister of Health stated that such semi-private clinics fall under the *Canada Health Act* because 1) they are included in the definition of "hospitals" set out in the Act, 2) they provide medically necessary services, and 3) they receive public funding. Therefore, semi-private clinics contravene to the *Canada Health Act* since the facility fees they require from patients constitute a form of user charges.

Fully private clinics are facilities that receive no government funding: the physicians are not reimbursed by the provincial health care insurance plan and their patients must pay the full cost of the services rendered to them. The creation of such clinics does not result in a reduction in provincial transfers and the provisions relating to extra-billing or user charges do not apply in such cases. It is, however, possible that the federal government might decide to intervene by invoking the Act's criterion of accessibility should it be decided that fully private clinics threaten access to the insured services provided by the public system. This could happen if these clinics were to offer financial incentives to health care providers that might draw them away from the public system.

In practice, few physicians leave the public system because it is hard to attract a sufficient number of patients who want to pay full health care costs when they also have access to the public system. Private insurance for medically necessary services is discouraged, by both federal and provincial legislation. The *Canada Health Act* requires provincial health care insurance plans to be accountable to the provincial government and to be non-profit, thereby effectively preventing private insurance plans from covering medically required services. Moreover, the majority of provinces (British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Quebec, New Brunswick and Nova Scotia) prohibit private insurance companies from covering services that are also guaranteed under public health care insurance plans.

Concerns over privatization were raised again in 1999, when the Alberta government released a policy statement with respect to contracting with the private sector for medically necessary surgical services. The purpose of the planned legislation would be to allow Regional Health Authorities (RHAs – publicly funded hospitals) to contract with a private provider – either for profit or not-for-profit – for the provision of surgical services. The patient would not incur any out-of-pocket expenditures as the costs related to the surgery would be fully insured by the provincial health care insurance plan. RHAs would also be responsible for co-ordinating the delivery of uninsured surgical services requiring an extended stay by the patient. The Alberta government believes that contracting with privately operated facilities for surgical services

would reduce waiting lists in the public system, improve access and enhance efficiency. Private providers would be required to operate only within the requirements of the *Canada Health Act*. It is the view of the Alberta government that the Act does not prevent a public health care facility from contracting out any of its services to the private sector.

Nonetheless, the federal Minister of Health has expressed concerns over the long-term impact of the proposed policy. Among other things, he has questioned that private providers would provide faster or more cost-effective services than existing public hospitals (if these were receiving the additional funding). He also raised the issue of whether the expansion of private for-profit facilities would help sustain the delivery of health care, or would undermine the letter and spirit of the *Canada Health Act*.

H. The Options: Should We Keep the Act As It Is, Amend It or Repeal It?

The desire to reduce and eliminate the deficit is probably largely responsible for the debate over the *Canada Health Act*. Governments must make difficult budgetary decisions in all their areas of responsibility, including health care. Since 1986, the federal government has limited the growth rate of transfers paid for health care. In addition, the CHST, the new form of block funding adopted by the federal government, has meant reductions in transfer payments. This has resulted in decreased revenue for provincial governments, which must continue to be responsible for health care delivery. Any cut in public health care expenditures inevitably results in a challenge to the government's role in this area. Against this background, it has to be asked whether the *Canada Health Act* can be maintained or whether it might be wiser to amend it.

Some analysts believe the Act should be kept as it is. They argue that any change in the five criteria on which public health care insurance is based would undermine the greatest achievements of the health care system in Canada. They also state that the need to contain public health care cost should not be used to justify overhauling the Act. They are convinced that the five criteria of the Act can be maintained, while the system is reorganized to improve clinical and economic effectiveness. They believe that effective allocation of public funds, together with a more judicious use of staff and medical care, would enable the government to reduce overall public health care expenditures and fund a wide (or even wider) range of effective and necessary services. They favour the *status quo* to some extent, given that most provinces have already reformed their health care delivery system by focusing on greater efficiency.

For a growing number of experts, however, the *status quo* is unacceptable. They say the *Canada Health Act* must be amended. Some suggest clarifying what is meant by "comprehensiveness" or "medically necessary services." Those who believe the criterion of comprehensiveness in the Act is vague and imprecise point out that clarification in this area would produce many benefits. First, the services for which the public sector must be responsible would be clearly set out; second, greater uniformity in the range of services throughout the country could be achieved, thus ending the balkanization of provincial health care insurance plans. Clarification could also help define medical necessity, taking into account important factors, such as clinical, economic and ethical considerations. The Act could be clarified in three different ways. First, a definition of the term "medically required" could be added to section 2. Second, also in section 2, definitions relative to physician services, hospital services and extended health care services could be given. Third, the provisions in section 22 could be invoked, under which the federal government may establish by regulation (1) a definition of extended health care services, and (2) the list of hospital services that could be excluded from all insured services. The Act stipulates that such regulations cannot be made unilaterally, without the agreement of each province. However, there is no general agreement on these three options. Some analysts claim that until now the Act has given the provinces the latitude they need to interpret these terms in keeping with their own economic, political and social conditions. They believe that excessively specific definitions might limit the options of provincial governments to address the specific needs and values of their own residents.

Some experts favour the imposition of direct patient charges for services covered by government health care insurance plans. They explain that such action would help limit the abuse of health care by some patients, while reducing public health care expenditures. The effects of user charges on the

use of health services and on public expenditures have been the subject of lively debate for some time and will not be discussed here. However, it should be pointed out that many analysts believe user charges are a step backwards, since the Act was adopted with the express purpose of discouraging such fees.

Finally some people believe the Act creates inflexibility: it limits the options available to provincial governments in their fight to reform the delivery of health care and increase effectiveness and efficiency in this sector. Their solution, which is undoubtedly the most radical, would be to repeal the Act. It is difficult to foresee the consequences of such an action. For example, it might have no effect: if the vast majority of Canadians remain satisfied with the current system, pressure from voters might in itself be sufficient to force provincial governments to maintain the requirements of public health care insurance across the country. On the other hand, repeal of the Act might result in a large number of experimental systems in Canada; provincial health care insurance plans would undoubtedly vary greatly, especially among provinces with very different tax bases.

The federal government has already made its position known. By bringing in the Canada Health and Social Transfer, it has taken steps to maintain an adequate level of funding as well as the authority conferred upon it by the *Canada Health Act*.

PARLIAMENTARY ACTION

In Canada, governments have intervened in health care in order to promote social and economic equity in this area. First with the adoption of the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* in 1957, and then with the *Medical Care Act in 1966*, the federal government used its spending power to transfer funds and attach requirements it considered important, but without regulating this sector, which is under provincial jurisdiction. By passing the *Canada Health Act* in 1984, however, Parliament did affect the provincial health care insurance plans in that it imposed nine requirements including five specific criteria. These criteria guarantee all Canadians access to medically necessary physician and hospital services, free of financial or other barriers, within a system publicly administered on a non-profit basis. They also guarantee reimbursement for insured health care services received anywhere in Canada or abroad.

The five criteria stipulated in the *Canada Health Act* are not new: they were already set out in previous legislation on medical and hospital care. What was new in the 1984 Act was the provision of penalties for defaults, that is, for the failure of provincial governments to comply, as part of their health care insurance plan, with the criteria stipulated in the Act. Federal transfers made as part of the CHST, as well as other transfers to provincial governments, are conditional on the province's compliance with these criteria.

Over the past decade, the provinces have complied to a great extent with the five criteria and other provisions of the Act, although the federal government has had to intervene to ensure compliance with respect to extra-billing and user charges. The federal government has not, however, imposed penalties for some of the failures to comply with the five criteria of public health care insurance. It has preferred to limit its action, at least so far, to persuasion and negotiation. Some people have criticized this approach and have referred to the federal government's inaction and inability to apply the criteria in practice. Given the division of powers between the two levels of government, it can be expected that intervention by the federal government in this area could lead to conflict with the provincial governments and that warnings alone might not be enough to secure the provincial governments' cooperation.

Overall, any proposal for reforming the *Canada Health Act* will inevitably have to consider factors that are constitutional (power sharing), political (feasibility and voter approval) and economic (expenditure control).

CHRONOLOGY

April 1984 - The *Canada Health Act* received Royal Assent.

May 1994 - In accordance with the Act, the Governor in Council withheld $1,750,000 in EPF transfer payments from British Columbia because some medical practitioners in that province had withdrawn from the government health care insurance plan and resorted to extra-billing in 1993.

September 1994 - Federal/provincial/territorial meeting of Health Ministers in Halifax, Nova Scotia. All Ministers present, except the Alberta Minister, agreed to "take whatever steps are required to regulate the development of private clinics in Canada, and to maintain a high quality, publicly funded medicare system."

January 1995 - The Health Minister, the Honourable Diane Marleau, sent her provincial counterparts a letter informing them of the federal government's intention to impose financial penalties on provinces whose private clinics demand extra fees from patients in addition to the amount reimbursed by health insurance. The provinces have until 15 October 1995 to comply with this new interpretation of the Act.

June 1995 - Bill C-76, under which EPF transfers would be combined with CAP transfers to create a new form of block funding, received Royal Assent.

November 1995 - The Federal Minister of Health, the Honourable Diane Marleau, stated that the federal government had begun imposing cash penalties on all provinces in which semi-private clinics charged user fees. These provinces are Alberta, Manitoba, Nova Scotia and Newfoundland.

April 1996 - The new CHST came into force, combining EPF and CAP transfers.

July 1996- Health Canada lifted the sanctions imposed on Alberta, when that province began complying with the Act.

January 1998- The penalties imposed on Newfoundland with respect to private clinics were lifted.

February 1999 - Health Canada discontinued the penalties imposed on Manitoba with respect to the federal policy on private clinics.

SELECTED REFERENCES

Alberta Health and Wellness. *Policy Statement on the Delivery of Surgical Services.* Government of Alberta, 17 November 1999.

Auditor General of Canada. "Federal Support of Health Care Delivery." November 1999 Report. Chapter 29.

Blache, Pierre. « Le pouvoir de dépenser au coeur de la crise constitutionnelle canadienne ». *Revue générale de droit*, Vol. 24, No. 1, 1993, p. 29-64.

Boothe, Paul and Barbara Johnston. "Stealing the Emperor's Clothes: Deficit Offloading and National Standards in Health Care." *C.D. Howe Institute Commentary*, No. 41, March 1993.

Brooks, Janet. "Alberta's Private MRI Clinics One Sign of Move away from Cash-free Medical Care." *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 151, No. 5, 1 September 1994, p. 647-648.

Canadian Bar Association. *What's Law Got To Do with It?* Report of the Task Force on Health Care, Ottawa, Canada, August 1994.

Canadian Institute for Health Information. *National Health Expenditure Trend (1975-1999) Report – Executive Summary.* 16 December 1999.

Canadian Medical Association. *Toward a New Consensus on Health Care Financing in Canada.* Discussion Paper, Ottawa, July 1993.

Canadian Medical Association. *Core and Comprehensive Care Services: A Proposed Framework for Decision-Making - Executive Summary.* Ottawa, 13 May 1994.

Canadian Public Health Association. *Caring about Health.* Issue Paper on Federal/Provincial/Territorial Arrangements for Health Policy. 1992.

Courchene, Thomas J. *Social Canada in the Millennium - Reform Imperatives and Restructuring Principles.* C.D. Howe Institute, Ontario, 1994.

Evans, Robert G., Morris L. Barer, Greg L. Stoddart and Vandna Bhatia. *It's Not the Money, It's the Principle: Why User Charges for Some Services and Not Others?* Discussion Paper No. 94-06. Centre for Research on Economic and Social Policy, University of British Columbia, January 1994.

Federal, Provincial and Territorial First Ministers. *A Framework to Improve the Social Union for Canadians.* 4 February 1999.

Godbout, Gilles. « Les transferts fédéraux aux provinces: une réforme nécessaire ». *Policy Options*, Vol. 14, December 1993, p. 40-44.

Gray, Charlotte. "As Ottawa Reduces Stake in Health Care System, Does It Open Door for Private Sector?" *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 151, No. 5, 1 September 1994, p. 643-644.

Health Canada. "No Two-Tier Medicine under the *Canada Health Act* Says Diane Marleau." News Release, 6 January 1995.

Health Canada. *Canada Health Act - Annual Report.* Ottawa, various years.

Jenness, R.A. and M.C. McCracken. *Review of the Established Programs Financing System.* Informetrica, Paper No. 2. Prepared for the Ministry of Intergovernmental Affairs, Government of Ontario, 29 October 1993.

Kennedy, Mark. "Is There a Cure for Medicare?" *Ottawa Citizen*, 3 September, p. B1-B2.

Martin, Sheilah L. *Women's Reproductive Health, The Canadian Charter of Rights and Freedoms and the Canada Health Act.* Canadian Advisory Council on the Status of Women, September 1989.

Moran, Terry. "Province's Former Health Minister Brings Private Sector MRI to BC." *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 151, No. 5, 1 September 1994, p. 645-646.

National Council of Welfare. *Health, Health Care and Medicare.* Ottawa, Fall 1990.

National Council of Welfare. *Funding Health and Higher Education: Danger Looming.* Ottawa, Spring 1991.

National Forum on Health. *The Public and Private Financing of Canada's Health System: A Discussion Paper.* Ottawa, 1995.

National Forum on Health. *Canada Health Action: Building on the Legacy.* Ottawa, 1996.

National Health and Welfare Canada. *Preserving Universal Medicare.* Ottawa, 1983.

Rachlis, Michael. « Le bistouri sur la gorge - Medicare, la pièce maîtresse des programmes sociaux

canadiens est en danger ». *Les Cahiers de l'Agora*, Vol. 1, April 1994, p. 17-20.

Sormany, Pierre. « La médecine privatisée ». *Affaires Plus*, No. 15, September 1992, p. 18-21 and 24-25.

Thomson, Alistair. *Federal Support for Health Care - A Background Paper*. Health Action Lobby (HEAL), June 1991.

Thomson, Alistair. *Getting to the Core of Comprehensiveness - A Discussion Paper*. Health Action Lobby (HEAL), March 1994.

---

* The original version of this Current Issue Review was published in January 1995; the paper has regularly been updated since that time.

---

1 800 O-Canada

Maintained by Communications Coordination Services Branch of Public Works and Government Services Canada

Copyright & Disclaimers

Gouvernement du Canada Government of Canada Canada

English | Contactez-nous | Aide | Recherche | Site du Canada

Quoi de neuf | Qui sommes-nous | Page d'accueil du PSD | Page d'accueil de TPSGC | Page d'accueil de DGSCC

Programme des services de dépôt

Bibliothèque du Parlement
Direction de la recherche parlementaire

94-4F

LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ : APERÇU ET OPTIONS

Rédaction :
Odette Madore
Division de l'économie
Révisé le 13 janvier 2000

TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITION DU SUJET

CONTEXTE ET ANALYSE

A. Justification de l'intervention publique dans le secteur des soins de santé

B. Rôle des gouvernements dans le domaine des soins de santé au Canada

C. Historique

D. Les exigences énoncées dans la Loi

E. Les sanctions liées aux manquements à la Loi

F. L'application de sanctions

G. La question de la privatisation

H. Les options : faut-il maintenir la Loi telle quelle, la modifier ou l'abolir?

MESURES PARLEMENTAIRES

CHRONOLOGIE

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ : APERÇU ET OPTIONS*

DÉFINITION DU SUJET

La *Loi canadienne sur la santé* (ci-après appelée la Loi) a reçu la sanction royale le 1er avril 1984. Par le biais de cette loi, le gouvernement fédéral veille à ce que certaines exigences, comme l'accès universel et gratuit aux soins de santé assurés, soient respectées par les provinces et les territoires. Ces exigences, ou « principes nationaux », ont contribué à modeler les régimes provinciaux d'assurance-santé à l'échelle du pays.

Aujourd'hui, toutefois, la Loi fait l'objet d'un vif débat. La réduction graduelle des transferts fédéraux versés aux provinces, la désassurance de services autrefois couverts par les régimes publics d'assurance-santé, l'existence de cliniques médicales privées et semi-privées dans certaines provinces et le virage ambulatoire sont tous des facteurs qui remettent en question ou viennent « menacer » les principes nationaux de la Loi.

Ce débat sur les principes nationaux s'inscrit dans un contexte beaucoup plus large qui touche à la fois les sphères politiques (répartition des pouvoirs), fiscales (équilibre budgétaire) et économiques (amélioration de l'efficacité-coût). Il soulève des préoccupations fondamentales quant au rôle du secteur public, y compris celui du gouvernement fédéral, dans le financement des soins de santé.

Dans ce document, nous faisons le point sur la *Loi canadienne sur la santé*. Nous ne proposons aucune interprétation juridique de la Loi; nous cherchons plutôt à rendre compte de l'évolution de son application et à examiner ses perspectives d'avenir. Dans la première partie, nous rappelons sommairement les raisons qui justifient l'intervention gouvernementale dans le secteur des soins de santé, tandis que, dans la deuxième, nous décrivons les rôles respectifs du gouvernement fédéral et des provinces dans ce domaine. Dans la troisième partie, nous retraçons brièvement l'historique de la Loi et, dans la quatrième, nous présentons un aperçu des exigences qui se rattachent à celle-ci et les décrivons succinctement. Dans la cinquième partie, nous traitons des sanctions prévues dans le cas des manquements à la Loi et, dans la sixième et dernière, nous énumérons un certain nombre d'options visant à maintenir ou à améliorer la Loi.

CONTEXTE ET ANALYSE

A. Justification de l'intervention publique dans le secteur des soins de santé

Au Canada, les gouvernements constituent la principale source de financement des soins de santé parce qu'ils jouent un rôle majeur sur le marché de l'assurance. Les tenants de l'intervention du secteur public dans ce domaine invoquent généralement des facteurs d'équité sociale et économique pour justifier ce rôle. Ils expliquent, d'une part, que les gouvernements doivent intervenir pour remédier au problème potentiel d'équité sociale lié au fonctionnement du marché privé de l'assurance. Selon eux, les compagnies d'assurance privées pourraient refuser d'assurer ceux qui constituent un haut risque ou les obliger à payer une prime relativement plus forte pour le compenser. À leur avis, l'assurance publique vient corriger les défauts du marché privé en protégeant l'éventail le plus large possible de la population et en évitant les hausses indues des primes qui, en bout de ligne, n'ont pas d'incidence valable sur l'état de santé. D'autre part, ils soutiennent que le marché privé de l'assurance ne tient pas compte de l'équité économique. D'après eux, dans un marché d'assurance privé, la personne qui éprouve des problèmes de santé et qui ne dispose que d'un faible revenu devrait faire face à une tarification identique à celle des gens à revenu élevé. Ainsi, soutiennent-ils, les personnes défavorisées économiquement devraient assumer une part relativement plus élevée des coûts des soins de santé. L'intervention publique garantirait donc un accès plus vaste à l'assurance, peu importe la capacité de payer de l'individu.

C'est pour ces raisons que les gouvernements du Canada ont privilégié l'assurance-santé publique par rapport à l'assurance privée. Ce régime, qui protège l'ensemble de la population contre les aléas de la maladie, repose essentiellement sur l'impôt sur le revenu : chaque citoyen contribue à proportion de ses revenus, et non à proportion des avantages qu'il escompte tirer du régime. Ainsi, au Canada, l'assurance-santé publique a, depuis ses débuts, favorisé le principe du transfert des ressources des plus riches vers les plus pauvres et le partage du risque entre les bien portants et les moins bien portants.

Cela ne signifie pas pour autant que le secteur privé soit totalement absent de ce domaine au Canada. L'assurance-santé privée existe, mais son étendue demeure limitée. Plus précisément, le marché privé vient suppléer à l'assurance publique dans le cas des services de santé qui ne sont pas couverts par le régime public ou qui ne sont garantis qu'en partie par des programmes gouvernementaux. Par ailleurs, la prestation des soins de santé est largement le fait du secteur privé : la majorité des médecins sont en pratique privée et les hôpitaux sont, en grande partie, des organismes privés sans but lucratif. Les soins médicaux et hospitaliers qui sont fournis, de même que la rémunération pour ces services, font toutefois l'objet d'une réglementation gouvernementale.

B. Rôle des gouvernements dans le domaine des soins de santé au Canada

Le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces assument des responsabilités fort différentes dans le domaine des soins de santé. Au sens strict, le gouvernement fédéral ne peut établir et maintenir un régime d'assurance-santé à l'échelle nationale, parce qu'il ne peut réglementer la prestation des soins de santé aux particuliers. En effet, en vertu de la constitution canadienne et de l'interprétation qu'en ont donnée les tribunaux, les soins de santé relèvent principalement de la compétence des provinces. Les seules mentions constitutionnelles explicites en matière de soins de santé accordent au gouvernement fédéral la compétence en ce qui concerne les hôpitaux de marine et la quarantaine. De plus, le gouvernement fédéral est responsable de la prestation de services de santé aux groupes qui relèvent de sa compétence, comme les Autochtones, les Forces canadiennes, les anciens combattants ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux. Ce sont les gouvernements des provinces qui doivent déterminer combien de lits seront disponibles sur leur territoire, quelles catégories de personnel seront engagées et comment le système servira la population. Ce sont encore eux qui approuvent les budgets des hôpitaux, négocient les barèmes d'honoraires avec les associations médicales et administrent leur propre régime public d'assurance-santé sur leur territoire.

Le gouvernement fédéral est intervenu dans le domaine des soins de santé en invoquant le « pouvoir de dépenser » que lui confère la constitution, pouvoir qui lui permet de contribuer financièrement à certains programmes de compétence provinciale sous réserve, généralement, du respect de certaines exigences. Pierre Blache, dans un article paru en 1993 dans la *Revue générale de droit*, indique que à son avis, le déséquilibre constitutionnel entre pouvoirs et responsabilités ainsi que des facteurs d'équité inter-provinciale ont contribué à l'émergence de transferts fédéraux comme ceux qui sont versés au chapitre de la santé :

> Si les transferts financiers du fédéral vers le provincial ont pris une grande ampleur au Canada, c'est en raison de traits de la constitution et de la réalité. C'est parce que les provinces canadiennes se sont vu confier les responsabilités qui s'avérèrent éventuellement les plus coûteuses de l'État moderne tout en étant restreintes à la taxation directe, et parce que plusieurs se trouvaient devant une assiette fiscale inférieure à la moyenne nationale, que le recours au pouvoir de dépenser est devenu si important dans le fonctionnement concret du fédéralisme canadien. [...] Dans un tel contexte, il a paru injuste d'abandonner aux provinces le soin de financer par leurs propres moyens les programmes sociaux que réclamaient les populations. (p. 38)

Le gouvernement fédéral est ainsi intervenu dans des champs de compétence provinciale sans pour

autant modifier la division des pouvoirs prévue par la constitution. Bien qu'il ne soit pas responsable de l'administration, de l'organisation et de la prestation des soins de santé, il peut, grâce au levier politique et financier que constitue le pouvoir de dépenser, exercer une influence non négligeable sur les politiques provinciales sur les soins de santé. De fait, la *Loi canadienne sur la santé*, en établissant les exigences liées à l'obtention du financement fédéral, a grandement façonné les régimes provinciaux d'assurance-santé dans tout le pays.

C. Historique

L'assurance-santé publique telle qu'on la connaît aujourd'hui, et qui sous-tend une participation financière du gouvernement fédéral ainsi que le respect d'exigences spécifiques par les provinces, remonte à la fin des années 50. Aux termes de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* de 1957 et ensuite de la *Loi sur les soins médicaux* de 1966, le gouvernement fédéral a offert aux provinces d'assumer environ la moitié du financement de l'ensemble des services de santé assurés. En contrepartie, en acceptant les contributions fédérales, les provinces s'engageaient à garantir, dans le cadre de leur régime d'assurance-santé public, les services hospitaliers et médicaux et à respecter certaines exigences, comme l'universalité. Ces deux lois n'empêchaient pas les provinces d'exiger une participation financière des patients; cependant, comme les contributions fédérales étaient proportionnelles aux dépenses publiques provinciales, les gouvernements des provinces n'avaient pas avantage à imposer des frais directs aux patients. En effet, les recettes tirées de tels frais auraient eu pour conséquence de réduire la contribution fédérale. Ce mécanisme implicite de réduction a donc fortement dissuadé les provinces d'adopter toute forme de frais directs aux patients comme la surfacturation et des frais modérateurs.

À partir de 1977, cette formule à frais partagés a été remplacée par un mode de financement global fondé sur des transferts au comptant et des transferts en points d'impôt dans le cadre du Financement des programmes établis (FPÉ). Les deux lois fédérales en matière de services hospitaliers et de soins médicaux et les exigences qui s'y rattachaient ont été maintenues. Par contre, le dispositif implicite de déduction des contributions fédérales a été supprimé avec le FPÉ, étant donné que le financement fédéral n'était plus fonction des dépenses des gouvernements provinciaux; il en est résulté une multiplication des frais imposés directement aux patients. C'est ainsi, par exemple, que Terre-Neuve, le Nouveau-Brunswick, le Québec, l'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique ont exigé des frais modérateurs et que la surfacturation a été autorisée dans la grande majorité des provinces. Aux yeux du gouvernement fédéral, cette situation a paru constituer une menace au principe de l'accès universel et gratuit aux services de santé à travers le pays. Le gouvernement a donc tenu à réaffirmer son engagement au principe de l'assurance-santé universelle et il a fortement misé sur le critère de l'équité économique pour justifier son intervention. Dans un document de Santé nationale et Bien-être social Canada paru en 1983, on indiquait à cet effet :

> Le Gouvernement du Canada croit qu'un pays civilisé et riche comme le nôtre ne doit pas laisser les malades porter le fardeau financier des soins de santé. En bénéficiant d'une assurance payée à l'avance, nous pouvons tous profiter de la sécurité et de la sérénité. La maladie qui nous atteint tous un jour ou l'autre est déjà suffisamment pénible à supporter : le coût des soins doit être pris en charge par la société tout entière. Voilà pourquoi le Gouvernement du Canada désire réaffirmer, dans la nouvelle Loi sur la santé au Canada, son engagement au principe essentiel de l'assurance-santé universelle. (p. 7)

Ce document a ouvert la voie à la *Loi canadienne sur la santé*, qui, comme nous l'avons dit, a été promulguée le 1er avril 1984. La Loi est venue regrouper et actualiser les deux lois fédérales de 1957 et de 1966. Les principes nationaux y ont été réaffirmés, mais des restrictions supplémentaires y ont été expressément ajoutées de manière à dissuader l'imposition de toute forme de frais directs aux patients et à offrir aux citoyens de toutes les provinces un accès aux soins de santé sans aucun obstacle financier.

Depuis le 1er avril 1996, la *Loi canadienne sur la santé* est liée au Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), qui a regroupé les transferts du FPÉ à ceux du Régime

d'assistance publique du Canada (RAPC). La méthode de calcul retenue pour le TCSPS est semblable à celle du FPÉ et comporte à la fois des transferts en espèces, qui font l'objet d'une disposition plancher, et des transferts en points d'impôt. Les provinces doivent respecter toutes les exigences établies dans la Loi pour être admissibles à la totalité des transferts en espèces.

D. Les exigences énoncées dans la Loi

La *Loi canadienne sur la santé* énumère neuf exigences que les gouvernements des provinces sont tenus de respecter dans le cadre de leur régime public d'assurance-santé pour avoir droit à la totalité des contributions fédérales versées sous le régime du TCSPS. Ces neuf exigences comprennent cinq conditions, deux obligations et deux dispositions spécifiques. Les cinq conditions sont l'universalité, l'intégralité, l'accessibilité, la transférabilité et l'administration publique, et elles s'appliquent aux services de santé assurés. Les deux dispositions précises visent la surfacturation et les frais modérateurs pour des services de santé assurés. Les deux obligations faites aux provinces concernent la communication des renseignements voulus et la mention de la contribution fédérale; elles s'appliquent à la fois aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé.

L'article 8 de la Loi a trait à l'administration publique. Selon cet article, chaque régime provincial d'assurance-santé doit être géré par une autorité publique à but non lucratif qui est responsable de ses opérations financières devant le gouvernement provincial. Cette exigence s'explique en grande partie par les sommes considérables consacrées aux soins de santé et à la nécessité pour les gouvernements de garder un contrôle sur l'évolution de ces dépenses. Il vise aussi à éviter l'éparpillement de l'information.

Selon la condition de l'intégralité, stipulée à l'article 9, le régime d'assurance-santé d'une province doit couvrir tous les « services médicalement nécessaires ». La condition de l'intégralité renvoie en quelque sorte à un panier minimal de services, étant donné que la Loi ne fait référence ni à la quantité des services à offrir ni à une liste détaillée de services assurés; les gouvernements des provinces ont le choix de définir lesquels de ces services seront des services assurés. L'étendue de ces services peut donc varier d'une province à l'autre et d'une année à l'autre.

Selon les termes de l'article 10, la condition de l'universalité exige que tous les résidants de la province aient accès à l'assurance-santé publique et aux services assurés et ce, selon des modalités uniformes. Au départ, le concept d'universalité visait deux objectifs particuliers. Il cherchait, d'une part, à rendre les services assurés disponibles à tous, partout. D'autre part, il cherchait à partager les risques entre les assurés; plus le régime couvrirait de gens, disait-on, plus le partage des risques serait profitable.

Énoncée à l'article 11, la condition de transférabilité oblige les provinces à couvrir les services de santé assurés qui sont fournis à ses citoyens lorsque ceux-ci s'absentent temporairement de leur province de résidence ou du Canada. Dans le cas de services de santé assurés fournis dans une autre province, le remboursement s'effectue au coût convenu entre les gouvernements des deux provinces. Pour les services obtenus à l'étranger, la Loi précise que le montant versé sera au moins équivalent à celui que la province de résidence aurait versé pour des services semblables fournis dans la province.

La cinquième condition est énoncée à l'article 12 et traite de l'accessibilité : les personnes assurées doivent avoir un accès raisonnable et uniforme aux services de santé assurés et ne doivent faire face à aucun obstacle financier ou autre. Personne ne doit subir de discrimination en raison de son revenu, de son âge, de son état de santé, etc.

L'accès gratuit aux services de santé assurés constitue l'élément clé de la *Loi canadienne sur la santé*. Deux dispositions de la Loi visent spécifiquement à décourager les provinces d'exiger une contribution financière de la part des patients, soit par le biais de frais modérateurs ou de la surfacturation, pour des services de santé garantis par le régime provincial d'assurance-santé.

En ce qui touche aux deux obligations, les gouvernements provinciaux sont tenus par la réglementation de fournir des estimations et rapports annuels sur la surfacturation et les frais

modérateurs. Ils doivent en outre fournir volontairement un rapport annuel décrivant comment leur régime respecte les conditions et obligations de la Loi. Cette information sert à préparer le rapport annuel sur la *Loi canadienne sur la santé*. Enfin, les provinces doivent faire état publiquement des transferts fédéraux.

La Loi établit une distinction entre les « services de santé assurés », ceux que l'on dit « médicalement nécessaires », et les « services complémentaires de santé ». Les services dits médicalement nécessaires ne sont définis qu'au sens large par la Loi. Ainsi, à l'article 2, il est précisé que les services de santé assurés sont les suivants : 1) les services hospitaliers médicalement nécessaires au maintien de la santé, à la prévention des maladies ou qui servent au diagnostic ou au traitement des blessures, maladies ou invalidités, y compris l'hébergement et les repas, les services médicaux et infirmiers, les médicaments et l'ensemble du matériel et de l'équipement médicaux ou chirurgicaux; 2) les services médicalement nécessaires fournis par un médecin; et 3) les services de chirurgie dentaire nécessaires sur le plan médical et qui ne peuvent être accomplis convenablement que dans un hôpital. Ces services doivent être garantis en totalité par les régimes d'assurance-santé des provinces.

L'article 2 de la Loi précise également que les services complémentaires de santé comprennent les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins ambulatoires. Comme ces services ne sont pas assujettis aux deux dispositions relatives aux frais modérateurs et à la surfacturation, ils peuvent faire l'objet d'une tarification privée — partielle ou entière. En outre, les régimes provinciaux d'assurance-santé peuvent couvrir d'autres services de santé, tels que les services optométriques, les soins dentaires, les appareils et accessoires fonctionnels et les médicaments sur ordonnance, qui ne sont pas soumis à la Loi et pour lesquels les provinces peuvent exiger un paiement des patients. L'étendue de ces autres services de santé garantis par les régimes publics provinciaux ainsi que le taux de couverture et les catégories de bénéficiaires varient grandement d'une province à l'autre.

E. Les sanctions liées aux manquements à la Loi

Les sanctions à la *Loi canadienne sur la santé* sont liées aux transferts fédéraux aux provinces . Plus précisément, chaque régime provincial d'assurance-santé doit se conformer aux exigences énoncées dans la Loi pour que la province reçoive le plein montant des transferts au comptant auxquels elle a droit. Si une province ne respecte pas ces exigences, le gouvernement fédéral peut lui imposer une pénalité et retenir une partie ou la totalité des transferts. De 1984-1985 à 1990-1991, cette pénalité monétaire s'est appliquée à la portion des transferts du FPÉ destinée à la santé. Entre 1991-1992 et 1995-1996, les pénalités monétaires ne se sont plus limités uniquement aux transferts fédéraux versés au titre des soins de santé. En effet, le gouvernement a dû élargir les pénalités aux autres transferts au comptant. Cette extension de la pénalité monétaire à des paiements autres que ceux liés à la santé avait été rendue nécessaire en raison de la limitation continuelle, par le gouvernement fédéral, du taux de croissance des transferts du FPÉ et de l'incidence particulière de cette restriction sur les transferts au comptant; des études, comme celles qu'ont réalisées le Conseil national du bien-être social (en 1991) ou Jenness et McCracken (en 1993), avaient prévu qu'en l'an 2000, les transferts monétaires du FPÉ deviendraient nuls dans certaines provinces. Ces retenues ou déductions supplémentaires n'étaient pas stipulées dans la *Loi canadienne sur la santé*, mais étaient expressément formulées aux paragraphes 23.2(1), 23.2(2) et 23.2(3) de *la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*. Ces dispositions s'appliquent également au TCSPS, mais elles sont maintenant moins pertinentes étant donné que les transferts du FPÉ et de ceux du RAPC sont regroupés dans une enveloppe globale. De fait, en établissant le TCSPS, le gouvernement fédéral a fait en sorte d'éviter que ne s'affaiblisse son pouvoir de faire respecter la *Loi canadienne sur la santé* dans tout le pays. Il va de soi que si une province choisissait de renoncer à ce qu'elle a droit en vertu du TCSPS, elle ne serait plus tenue de respecter les exigences prévues par la *Loi canadienne sur la santé*.

Les sanctions monétaires prévues par la Loi sont différentes selon qu'il s'agit d'un manquement lié directement à la surfacturation et aux frais modérateurs ou d'un manquement à l'une ou l'autre des cinq conditions ou des deux obligations . Les articles 18 à 21 de la Loi, qui décrivent les dispositions relatives aux pénalités à l'égard de la surfacturation et des frais modérateurs, stipulent que le

gouvernement fédéral peut retenir un dollar de transferts au comptant pour chaque dollar perçu par le biais de frais imposés directement aux patients. Advenant un manquement aux conditions ou obligations, l'alinéa 15(1)*a*) de la Loi prévoit que la valeur monétaire de la sanction demeure à la discrétion du gouverneur en conseil, qui fixe le montant en fonction de la « gravité » de l'infraction. Comme l'indique Sheila L. Martin dans un ouvrage paru en 1989, le caractère discrétionnaire de cette sanction n'exige pas que le gouvernement fédéral impose une amende, mais lui laisse cette option. À la limite, le Cabinet pourrait décider de retenir la totalité des transferts au comptant au titre du TCSPS, et même réduire les contributions fédérales versées dans le cadre d'autres programmes. Bien sûr, le gouvernement fédéral pourrait aussi choisir de n'imposer aucune sanction monétaire et de limiter son action à la persuasion et à la négociation.

La Loi comporte également un mécanisme de règlement des problèmes lorsqu'une province ne respecte pas les exigences de la Loi. Il s'agit toutefois d'un long processus, de sorte que la réduction des contributions fédérales ne se fait pas de façon immédiate. Advenant le cas où il estime qu'un régime provincial ne remplit pas l'une ou l'autre des cinq conditions ou des deux obligations, le ministre fédéral de la Santé doit, en vertu du paragraphe 14(2), informer la province du problème, obtenir des éclaircissements de cette dernière, rédiger un rapport sur les conclusions tirées et, si le ministre provincial de la Santé le lui demande, tenir une réunion pour discuter de la question. L'article 15 précise que ce n'est que si le gouverneur en conseil est convaincu que la province ne respecte plus les conditions et obligations de la *Loi canadienne sur la santé* que le ministre de la Santé peut, par décret, ordonner que les contributions soient réduites ou retenues.

F. L'application de sanctions

Le gouvernement fédéral s'est déjà prévalu des sanctions monétaires et a déduit les contributions qu'il versait à un certain nombre de provinces qui autorisaient la surfacturation ou imposaient des frais modérateurs. Ainsi, il a déduit plus de 85 millions de dollars des transferts du FPÉ au cours de l'année financière 1984-1985. Toutefois, il s'est également conformé au paragraphe 20(6) de la Loi, en vertu duquel une province pouvait récupérer ces fonds si elle mettait fin à toute forme de frais directs aux patients dans les trois années suivant l'entrée en vigueur de la Loi, soit avant le 1er avril 1987. Comme toutes les provinces se sont conformées à la Loi dans ce délai, les montants retenus ont tous été remboursés.

Le gouvernement fédéral a de nouveau eu recours aux pénalités prévues par la Loi en 1994. En effet, le gouverneur en conseil a décidé de retenir 1 750 000 $ des transferts versés au titre du FPÉ à la Colombie-Britannique parce qu'une quarantaine de médecins de cette province s'étaient désengagés du régime public d'assurance-santé en 1993 et recouraient à la surfacturation. Ces médecins ont, depuis, mis fin à cette pratique.

Plus récemment, le gouvernement fédéral a encore une fois dû imposer des sanctions monétaires afin de faire respecter la *Loi canadienne sur la santé*. En janvier 1995, la ministre fédérale de la Santé a fait parvenir une lettre à tous les gouvernements des provinces les avertissant que les cliniques semi-privées qui exigent du patient le paiement de frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires contreviennent à la Loi parce que de tels frais constituent des frais modérateurs. Cette lettre précisait que les provinces avaient jusqu'au 15 octobre 1995 pour se conformer à la Loi; après cette date, le gouvernement fédéral réduirait les transferts qu'il verse d'un montant équivalant aux recettes que constituent ces frais modérateurs. Il semble que cet avertissement visait surtout l'Alberta; on estimait que les cliniques semi-privées de cette province percevaient chaque année entre quatre et sept millions de dollars de frais d'établissement. Cependant, on retrouvait des cliniques semi-privées d'autres provinces et, lorsque le délai du 15 octobre a été écoulé, la ministre fédérale de la Santé a indiqué que les pénalités monétaires seraient appliquées à toutes les provinces contrevenantes. **Ainsi, en novembre 1995, Santé Canada a commencé à pénaliser l'Alberta, le Manitoba, Terre-Neuve et la Nouvelle-Écosse. Quand on a mis fin aux retenues des transferts à l'Alberta en juillet 1996, cette province avait été privée d'une somme totale de 3 585 000 $. De la même façon, un total de 267 000 $ avait été retenu des transferts à Terre-Neuve lorsque cette province s'est conformée à la Loi en janvier 1998. Les sanctions imposées au Manitoba (2 056 000 $) ont été abandonnées le 1er février 1999. La Nouvelle-Écosse ne se conforme toujours pas à la Loi et est pénalisée à raison de 4 780 $ par mois.**

Jusqu'à ce jour, cependant, il n'y a eu aucune sanction discrétionnaire liée au non-respect des cinq conditions rattachées à la Loi et ce, en dépit des plaintes formulées concernant, par exemple, la transférabilité et l'intégralité.

Ainsi, on soutient que plusieurs provinces contreviennent à la condition de la transférabilité. À cet égard, on rappelle le refus du Québec de signer l'accord de réciprocité en 1988 en vue de rembourser aux autres provinces, selon leur propre taux, les services fournis aux Québécois à l'extérieur de leur province. On indique aussi que les Canadiens doivent de plus en plus recourir à l'assurance privée lorsqu'ils se rendent à l'étranger : le Nouveau-Brunswick, le Québec, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique ont en effet réduit la couverture pour des services de santé obtenus à l'extérieur du pays. Un certain nombre d'experts reprochent au gouvernement fédéral son inaction dans ce domaine. Ils expliquent que la portée de la condition de la transférabilité est pourtant bien déterminée : en effet, la Loi prévoit les modalités de remboursement des services rendus à l'extérieur de la province de résidence. Cette question devra inévitablement faire l'objet de consultations entre le gouvernement fédéral et les provinces si l'on désire maintenir cette condition.

De la même façon, certains croient que la condition de l'intégralité des soins n'est pas respectée dans les faits, étant donné que les provinces ne garantissent pas nécessairement le même panier de services de santé assurés ou médicalement nécessaires. En outre, ils estiment que la réduction des dépenses publiques compromet encore plus la condition de l'intégralité. Le processus de désassurance entamé au cours des dernières années, soutiennent-ils, risque d'entraîner la balkanisation des régimes provinciaux d'assurance-santé. Il est vrai que la législation fédérale ne définit les services assurés que dans les grandes lignes et qu'elle laisse toute latitude aux gouvernements des provinces lorsque vient le moment de déterminer l'ensemble des services que les régimes publics peuvent offrir. Toutefois, il est tout aussi vrai que la désassurance vient accentuer les écarts inter-provinciaux dans la couverture des services de santé et que ces disparités risquent de devenir de plus en plus difficiles à justifier. De plus, la désassurance pratiquée uniquement dans le but de réduire les dépenses publiques de santé pourrait, à la limite, entraver la condition d'accès gratuit dans la mesure où il n'est pas prouvé qu'un service est ou non médicalement nécessaire. Cette situation soulève l'épineux problème de juger de la nécessité médicale d'un service de santé. Il pourrait être difficile de déterminer les limites d'un ensemble de services de santé médicalement nécessaires. Qui plus est, il est difficile de savoir jusqu'où le gouvernement fédéral peut intervenir dans la définition des services assurés sans empiéter sur un champ de compétence provinciale.

Il est important de signaler qu'on n'a jamais imposé de sanctions discrétionnaires, mais qu'un certain nombre de cas de non-respect de la Loi ont été réglés par la discussion, la négociation et la persuasion. Cette approche est souvent préférable pour le maintien de bonnes relations entre les deux paliers de gouvernement, mais elle ne permet pas de mettre rapidement un terme aux violations de la Loi. Dans son rapport de novembre 1999 (chapitre 29), le vérificateur général du Canada a signalé six cas de violation qui avaient été réglés par la discussion et la négociation; toutefois, quatre de ces cas ont nécessité entre 14 et 48 mois de travail tandis que les deux autres ont pris jusqu'à cinq ans à se régler, et, pourtant il n'y a pas eu de pénalités d'imposées.

Le 4 février 1999, le gouvernement fédéral et les provinces (excepté le Québec) ont signé l'Entente-cadre sur l'union sociale dans laquelle les gouvernements confirmaient leur engagement à respecter les cinq conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. Cette entente prévoit également un processus devant permettre d'éviter ou de régler les différends sur l'interprétation de la Loi. Dans son rapport de novembre 1999, le vérificateur général du Canada s'est félicité de l'adoption de ce nouveau processus et a recommandé qu'il soit utilisé pour résoudre les problèmes existants ou nouveaux relatifs à l'interprétation et à l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

G. La question de la privatisation

Dans cette partie, nous tentons de dissiper quelque peu la confusion qui semble actuellement entourer le concept de la privatisation et ses conséquences pour la *Loi canadienne sur la santé*.

La privatisation est le processus par lequel le gouvernement transfère au secteur privé une partie de ses activités ou responsabilités. Dans le domaine des soins de santé, la privatisation du financement des services diffère de la privatisation de la prestation de ces services. Pour privatiser le financement des services, il faut prendre des mesures pour que ce soit les patients ou leurs compagnies d'assurance privée qui soient dorénavant responsables de ce financement plutôt que les régimes publics d'assurance-santé. La privatisation de la prestation des services de santé requiert quant à elle de faire davantage appel aux citoyens et établissements ne relevant pas de l'État afin de fournir ces services de santé. Au Canada, la privatisation a surtout soulevé des difficultés concernant le financement des soins de santé puisque la prestation de ces soins est déjà en grande partie assumée par le secteur privé. En fait, les gouvernements fournissent relativement peu de services de santé directement. La plupart des soins de santé sont fournis par des professionnels à leur compte (comme les médecins, les physiothérapeutes et les pharmaciens) qui ne sont pas à l'emploi de l'État. La vaste majorité des hôpitaux et établissements fournissant des soins de longue durée sont sans but lucratif et appartiennent à des intérêts privés; bien qu'ils soient financés par l'État, ce dernier n'en est pas propriétaire.

La privatisation du financement des soins de santé peut être réalisée de deux façons, soit d'une manière active, lorsqu'il y a limitation des coûts des soins de santé assumés par l'État, soit de manière passive, lorsque la prestation de soins est confié à de nouveaux intervenants oeuvrant hors des cadres traditionnels. La privatisation active est le résultat direct de la désassurance partielle ou totale des services de santé financés par l'État. Dans les années 90, afin de réduire les dépenses publiques consacrées aux soins de santé et d'équilibrer leurs budgets, la plupart des provinces ont limité les services fournis dans le cadre de leurs régimes d'assurance-santé. Le lecteur trouvera dans le tableau qui suit une liste des services désassurés dans les diverses provinces. La plupart des services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires demeurent couverts par les régimes provinciaux d'assurance-santé. En fait, l'État assume à peu près 91 p. 100 des dépenses hospitalières et 99 p. 100 du coût de l'ensemble des services fournis par les médecins (selon des données de l'Institut canadien d'information sur la santé).

La privatisation passive désigne principalement le passage graduel à des soins de santé fournis à l'extérieur des établissements, c'est-à-dire au domicile et dans la collectivité. Des techniques médicales moins invasives et des séjours à l'hôpital plus courts ont permis aux Canadiens de recevoir davantage de soins médicaux à leur domicile et au sein de leur collectivité. Par conséquent, de nombreux services jugés médicalement nécessaires aujourd'hui ne sont plus assurés par l'État parce qu'ils ne sont plus fournis dans les hôpitaux ou par des médecins. Par conséquent, plusieurs observateurs soutiennent que les soins de santé ont beaucoup changé depuis 1984, année où la *Loi canadienne sur la santé*, qui est axée sur les services fournis par les hôpitaux et les médecins, a été adoptée. En d'autres mots, la définition des « services médicalement nécessaires » n'a pas suivi l'évolution de la prestation de ces services. Le Forum national sur la santé a souscrit à cette opinion lorsqu'il a souligné qu'il serait essentiel de « financer les soins et non les établissements ». Par conséquent, il a recommandé que l'assurance-santé publique soit élargie afin de couvrir un éventail plus large de services et avant tout les soins à domicile et les médicaments sur ordonnance. On croit que la portée de la *Loi canadienne sur la santé* pourrait être élargie sans que soient remises en question les exigences incluses dans cette loi.

En ce qui concerne les soins de santé fournis au Canada, la principale inquiétude que soulève la privatisation est qu'elle pourrait entraîner un système « à deux vitesses » — où certains patients paient de leurs poches et bénéficient d'un accès prioritaire aux soins de santé, alors que le reste de la population, qui se prévaut des services de santé publics, doit attendre plus longtemps pour obtenir les soins dont elle a besoin. C'est en 1995 qu'on a commencé à débattre de la question de la privatisation, lorsque le gouvernement fédéral a mis en œuvre sa politique sur les cliniques privées.

Il existe deux catégories de cliniques privées : les cliniques semi-privées et les cliniques entièrement privées. Les cliniques semi-privées sont des établissements qui reçoivent des fonds publics en vertu du régime provincial d'assurance-santé pour les services médicalement

nécessaires, mais qui exigent aussi des frais (des « frais d'établissement ») des patients. Selon le gouvernement fédéral les frais d'établissement présentent un problème puisque les gens qui peuvent se permettre de les payer ont plus rapidement accès aux services. En 1995, la ministre fédérale de la Santé a déclaré que ces cliniques semi-privées étaient assujetties à la *Loi canadienne sur la santé* parce qu'elles 1) sont visées par la définition des « hôpitaux » incluse dans la Loi, 2) fournissent des services médicalement nécessaires, et 3) reçoivent des fonds publics. Par conséquent, les cliniques semi-privées contreviennent à la *Loi canadienne sur la santé* puisque les frais d'établissement qu'elles exigent des patients constituent une forme de frais modérateurs.

SERVICES DE SANTÉ DÉSASSURÉS PAR PROVINCE

SERVICE[1]	PROVINCE
Circoncision de routine des nouveaux-nés	T.-N., Î.-P.-É., N.-É., N.-B., ONT., ALB., YUK
Excision de xanthelasma (enlèvement de taches ovalaires sur les yeux)	T.-N., N.-É., ONT.
Hypnothérapie	T.-N.
Extraction d'une dent incluse	T.-N.
Otoplastie	T.-N., Î.-P.- É., N.-B., ONT., ALB.,
Gastroplastie	N.-B., N.-É., YUK
Détatouage	SASK., MAN., ONT.
Inversion de stérilisation	Î.-P.-É., N.-B., ONT., MAN., SASK., ALB., YUK (service non assuré en N.-É. et en C.-B.)
Prothèse pénienne	N.-É., ONT., SASK.
Psychanalyse	MAN., QC
Examen de la vue (personnes âgées de 19 à 64 ans)	Î.-P.-É., N.-É., N.-B., QC, MAN., SASK., ALB.
Enlèvement de verrue et de lésions cutanées bénignes	N.-É., N.-B., ONT., MAN., ALB., SASK., C.-B.
Deuxième échographie ou échographie subséquente dans les cas de grossesse sans complication	N.-É., C.-B.
Fécondation *in vitro*	ONT., MAN., (service non assuré à T.-N., en N.-É. et dans les T. N.-O.)
Sclérothérapie simple (enlèvement de varices)	QC, ONT., MAN. (service non assuré en ALB.)

Insémination artificielle/intra-utérine	N.-É., N.-B., (service non assuré en ALB.)
Enlèvement de cérumen	N.-É.
Anesthésie pour un service non assuré	N.-B., SASK., ALB.
Services de chiropractie	SASK.
Épilation de poils faciaux	Î.-P.-É., ONT.
Réfractions oculaires	T.-N., SASK.
Chirurgie esthétique	ALB. (service non assuré à T.-N., en N.-É., à l'Î.-P.-É., au N.-B., au QC, au MAN. , en SASK., en C.-B., au YUK et dans les T. N.-O.)
Chirurgie d'augmentation/de réduction mammaire	N.-É., N.-B., ONT., C.-B.

(1) Certaines exceptions s'appliquent.

Source : Association médicale canadienne. *Uninsured Medical Services — A Canadian Perspective.* Février 1997.

Les cliniques entièrement privées sont des établissements qui ne reçoivent aucun financement gouvernemental : le médecin n'est pas remboursé par le régime provincial d'assurance-santé et les patients doivent défrayer la totalité du coût des services qui leur sont fournis. La création de telles cliniques n'entraîne pas de réductions dans les transferts aux provinces et les dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs ne s'appliquent pas dans ces cas-là. Il se pourrait cependant que le gouvernement fédéral décide d'intervenir en invoquant la condition de l'accessibilité qui est incluse dans la Loi s'il en arrivait à la conclusion que les cliniques entièrement privées menacent l'accès aux services assurés fournis par le régime public. Cette situation pourrait se présenter si ces cliniques décidaient d'offrir aux dispensateurs de soins de santé des incitatifs financiers qui pourraient les inciter à délaisser le régime public.

Dans la pratique, peu de médecins quittent le régime public, car il est difficile d'attirer un nombre suffisant de patients qui acceptent de payer en totalité les coûts des soins de santé alors qu'ils ont aussi accès au régime public. De plus, tant la loi fédérale que les lois provinciales découragent le recours à une assurance privée pour les services médicalement nécessaires. D'une part, la *Loi canadienne sur la santé* exige que les régimes provinciaux d'assurance-santé rendent des comptes aux gouvernements provinciaux et qu'ils soient à bout non lucratif, ce qui empêche effectivement les régimes privés d'assurance de couvrir les services médicalement nécessaires. D'autre part, la majorité des provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Québec, Nouveau-Brunswick et Nouvelle-Écosse) interdisent aux compagnies d'assurance privée de couvrir les services qui sont également garantis par les régimes publics d'assurance-santé.

La privatisation a de nouveau suscité de l'inquiétude en 1999, lorsque le gouvernement de l'Alberta a rendu public un énoncé de politique sur le recours au secteur privé pour des services chirurgicaux médicalement nécessaires. Le projet de loi prévu permettrait aux bureaux de santé régionaux (des hôpitaux financés par l'État) de conclure des marchés avec des dispensateurs de

soins du secteur privé — à but lucratif ou non — en vue de la prestation de services chirurgicaux. Le patient n'aurait aucun frais à assumer personnellement puisque les coûts liés à la chirurgie seraient entièrement payés par le régime provincial d'assurance-santé. Ces bureaux régionaux s'occuperaient également de la coordination de la prestation des services chirurgicaux non assurés qui nécessitent un séjour prolongé en établissement. Le gouvernement de l'Alberta croit que le recours à des établissements gérés par le secteur privé pour fournir des services chirurgicaux contribuerait à réduire les listes d'attente dans le régime public, améliorerait l'accès aux soins et accroîtrait l'efficience. Les dispensateurs de soins du secteur privé seraient tenus de respecter les exigences de la *Loi canadienne sur la santé*. Le gouvernement de l'Alberta estime que la Loi n'empêche pas un établissement de santé public d'avoir recours au secteur privé pour fournir ses services.

Néanmoins, le ministre fédéral de la Santé s'est inquiété des conséquences que cette politique pourrait avoir à long terme. Il a dit, entre autres, douter que les dispensateurs du secteur privé fournissent des services d'une manière plus rapide et plus rentable que les hôpitaux publics existants (s'ils recevaient les fonds supplémentaires). Il s'est aussi demandé si l'expansion des établissements privés à but lucratif contribuerait à soutenir la prestation des soins de santé ou ne minerait pas plutôt la *Loi canadienne sur la santé*.

H. Les options : faut-il maintenir la Loi telle quelle, la modifier ou l'abolir?

La volonté de réduire et d'éliminer le déficit est probablement en grande partie responsable du débat actuel sur la *Loi canadienne sur la santé*. Les gouvernements doivent prendre des décisions budgétaires difficiles dans tous leurs domaines de compétence, y compris la santé. Depuis 1986, le gouvernement fédéral limite le taux de croissance des transferts qu'il verse au titre des soins de santé. Qui plus est, le nouveau mode de financement global qu'il a adopté, le TCSPS se traduit par des réductions dans les paiements de transfert. Cette situation a entraîné une baisse des recettes des gouvernements provinciaux, qui demeurent responsables de la prestation des soins de santé. Toute réduction des dépenses publiques consacrées aux soins de santé se traduit inévitablement par une remise en question du rôle du gouvernement dans ce domaine. Dans ce contexte, on se demande s'il est possible de maintenir la *Loi canadienne sur la santé* ou s'il ne vaudrait pas mieux la modifier.

Certains analystes sont d'avis qu'il faut la maintenir telle quelle. Ils soutiennent que toute modification des cinq conditions sur lesquelles repose l'assurance-santé viendrait miner les plus belles réussites du système de soins de santé au Canada. En outre, ils affirment que la nécessité pour l'État de contenir le coût des soins de santé ne devrait pas servir à justifier une révision de la Loi. Ils sont convaincus qu'il faut maintenir les cinq conditions incluses dans la Loi pendant que le système est réorganisé de façon à en améliorer l'efficacité clinique et économique. Ils estiment qu'une allocation efficace des deniers publics, combinée à une utilisation plus judicieuse du personnel et des soins médicaux, permettrait de réduire les dépenses publiques totales en santé et de financer une vaste (et même une plus vaste) gamme de services efficaces et nécessaires. Ils favorisent en quelque sorte le statu quo, étant donné que la majorité des provinces ont déjà entrepris une réforme de leur système de prestations de soins en misant sur une plus grande efficacité.

Pour un nombre croissant d'experts, cependant, le statu quo est impossible. La *Loi canadienne sur la santé*, disent-ils, doit être modifiée. Certains suggèrent de mieux définir ce que signifie l'expression « services médicalement nécessaires ». Ceux qui estiment que la condition de l'intégralité de la Loi est vague et imprécis expliquent que des éclaircissements à cet égard comporteraient plusieurs avantages. Cela permettrait, d'une part, de délimiter les services qui doivent être pris en charge par le secteur public et, d'autre part, d'assurer une plus grande uniformité du panier de services à travers le pays, ce qui, en bout de ligne, mettrait un terme à la balkanisation des régimes provinciaux d'assurance-santé. Cela permettrait aussi d'établir les limites de la nécessité médicale en tenant compte de facteurs importants, comme les considérations cliniques, économiques et éthiques. La Loi pourrait être clarifiée de trois façons différentes. Premièrement, on pourrait ajouter, à l'article 2, une définition du terme « médicalement nécessaire ». Deuxièmement, il serait également possible de clarifier, toujours à l'article 2, les définitions relatives aux services médicaux, aux services hospitaliers et aux services complémentaires de santé. Troisièmement, on pourrait recourir aux dispositions de l'article 22 en vertu duquel le gouvernement fédéral peut établir par règlement 1) une définition des services

complémentaires de santé et 2) la liste des services hospitaliers qui seraient exclus de l'ensemble des services assurés. La Loi précise que de tels règlements ne peuvent être établis de façon unilatérale, ni sans l'accord de toutes les provinces. Ces trois options sont toutefois loin de faire l'unanimité. Un certain nombre d'analystes prétendent que la Loi a jusqu'ici offert aux provinces la latitude nécessaire pour qu'elles interprètent ces termes en fonction de leurs propres conditions économiques, politiques et sociales. Ceux-ci considèrent que des définitions trop précises pourraient limiter les possibilités qu'ont les gouvernements des provinces de répondre aux besoins et aux valeurs propres de leurs résidants.

Certains experts favorisent l'imposition de frais directement aux patients pour les services garantis par les régimes publics d'assurance-santé. Ils expliquent que l'imposition de frais modérateurs contribuerait, d'une part, à limiter la consommation abusive de soins de santé par certains patients et, d'autre part, à réduire les dépenses publiques consacrées aux soins de santé. L'incidence des frais modérateurs sur l'utilisation des services de santé ainsi que leur impact sur les dépenses publiques font depuis longtemps l'objet d'un vif débat, et nous n'en parlerons pas ici. Mentionnons cependant que plusieurs analystes sont d'avis que les frais modérateurs constituent un pas en arrière, étant donné que la Loi a été adoptée dans le but exprès de les décourager.

Pour d'autres, enfin, la Loi crée des rigidités : elle limite les moyens d'action à la disposition des gouvernements des provinces dans leur lutte pour réformer la prestation des soins de santé et accroître la rentabilité et l'efficacité de ce secteur. Leur solution, qui est certes la plus radicale, serait d'abolir la Loi. Il est toutefois difficile de prévoir les conséquences d'une telle mesure. Il se pourrait, par exemple, qu'elle n'ait aucune incidence. En effet, si la vaste majorité de la population canadienne demeure satisfaite du régime actuel, il se pourrait que les pressions de l'électorat suffisent à elles seules à forcer les gouvernements provinciaux à respecter les exigences de l'assurance-santé dans l'ensemble du pays. À l'inverse, il se pourrait aussi que l'abrogation de la Loi entraîne un grand nombre d'expérimentations à travers tout le pays; il en résulterait sûrement un écart grandissant entre les régimes d'assurance-santé provinciaux, en particulier entre les provinces à capacité fiscale fort différente.

Pour sa part, le gouvernement fédéral a déjà pris position. En adoptant le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, il a fait en sorte de maintenir une contribution financière suffisante et de préserver le pouvoir que lui confère la *Loi canadienne sur la santé.*

MESURES PARLEMENTAIRES

Au Canada, les gouvernements sont intervenus dans le secteur des soins de santé pour favoriser l'équité sociale et économique . Tout d'abord en 1957, avec l'adoption de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, puis ensuite en 1966, avec la *Loi sur les soins m médicaux*, le gouvernement fédéral a usé de son pouvoir de dépenser pour transférer des fonds en les assortissant d'exigences qu'il jugeait important d'imposer, sans toutefois venir directement réglementer ce secteur qui relève de la compétence provinciale. En sanctionnant la *Loi canadienne sur la santé* en 1984, il a par contre influé sur les régimes provinciaux d'assurance-santé en établissant neuf grandes exigences dont cinq conditions précises. Ces conditions garantissent à tous les Canadiens un accès aux services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires sans aucun obstacle financier ou autre, et ce, par le truchement d'un régime public à but non lucratif. Elles assurent également un remboursement pour les services de santé assurés qui sont reçus en quelque lieu que ce soit au Canada et à l'étranger.

Les cinq conditions énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé* n'ont rien de nouveau : elles étaient déjà stipulées dans les lois antérieures sur les soins médicaux et hospitaliers. Ce que la Loi de 1984 a apporté de nouveau, ce sont les pénalités relatives aux manquements, c'est-à-dire au non-respect, par les gouvernements des provinces, dans le cadre de leur régime d'assurance-santé, des conditions qu'elle stipule. Les transferts fédéraux versés dans le cadre du TSCPS, comme l'étaient ceux du FPÉ, ainsi que d'autres transferts aux administrations provinciales, sont assujettis au respect de ces conditions.

Au cours de la dernière décennie, les provinces ont respecté en grande partie ces cinq conditions et

les autres dispositions de la Loi, bien que le gouvernement fédéral ait dû intervenir afin de garantir le respect des clauses relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs. Le gouvernement fédéral n'a toutefois pas imposé de sanction à l'égard de certains manquements aux cinq conditions de l'assurance-santé publique. Il a préféré limiter son action, du moins jusqu'ici, à la persuasion et à la négociation. Certains ont critiqué cette approche : on a parlé de l'inaction du gouvernement fédéral et de son incapacité à faire réellement respecter ces conditions . Compte tenu du partage des pouvoirs entre les deux niveaux de gouvernement, on peut s'attendre à ce qu'une intervention du gouvernement fédéral dans ce domaine entraîne des conflits avec les gouvernements provinciaux et à ce que des avertissements ne suffisent pas, à eux seuls, à obtenir la collaboration des gouvernements provinciaux.

Somme toute, tout projet de réforme de la *Loi canadienne sur la santé* devra inévitablement tenir compte de considérations constitutionnelles (répartition des pouvoirs), politiques (faisabilité et acceptation par l'électorat) et économiques (contrôle des coûts).

CHRONOLOGIE

1er avril 1984 - La *Loi canadienne sur la santé* reçoit la sanction royale.

mai 1994 - Conformément à la Loi, le gouverneur en conseil décide de retenir 1 750 000 $ des paiements de transfert versés au titre du FPÉ à la Colombie-Britannique parce que certains médecins se sont désengagés du système public d'assurance-santé et ont eu recours à la surfacturation en 1993.

septembre 1994 - Réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé à Halifax, en Nouvelle-Écosse. Tous les ministres présents, à l'exception de la ministre de l'Alberta, conviennent « d'entreprendre tout démarche qui pourrait être nécessaire pour réglementer l'établissement des cliniques privées au Canada et maintenir un régime d'assurance-santé de grande qualité par les gouvernements ».

janvier 1995 - La ministre de la Santé, l'honorable Diane Marleau, fait parvenir à ses homologues provinciaux une lettre les informant de l'intention du gouvernement fédéral d'imposer des sanctions monétaires aux provinces dont les cliniques privées exigent que leurs patients paient des frais supplémentaires au-delà du montant remboursé par l'assurance-santé. Les provinces ont jusqu'au 15 octobre 1995 pour se conformer à cette nouvelle interprétation de la Loi.

juin 1995 - Le projet de loi C-76, en vertu duquel les transferts versés au titre du FPÉ sont combinés à ceux du RAPC pour former un financement global, reçoit la sanction royale.

novembre 1995 - La ministre de la Santé, l'honorable Diane Marleau, indique que le gouvernement fédéral a commencé à imposer des retenues monétaires à toutes les provinces dont les cliniques semi-privées exigent des frais modérateurs. Ces provinces sont l'Alberta, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve.

avril 1996 - Entrée en vigueur du nouveau TCSPS, qui combine les transferts du FPÉ et ceux du RAPC.

juillet 1996 - Santé Canada lève les sanctions imposées à l'Alberta après que cette province s'est conformée à la Loi.

janvier 1998 - Les sanctions imposées à Terre-Neuve relativement aux cliniques privées sont levées.

février 1999 – Santé Canada met un terme aux sanctions imposées au Manitoba concernant la politique fédérale sur les cliniques privées.

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

Alberta Health and Wellness. *Policy Statement on the Delivery of Surgical Services.* Gouvernement de l'Alberta, 17 novembre 1999.

Association du Barreau canadien. *Un droit à la santé? Réflexions en vue d'une réforme canadienne*. Rapport du Groupe de travail sur les soins de santé de l'Association du Barreau canadien. Ottawa, août 1994.

Association canadienne de la santé publique. *Caring About Health*. Document de discussion sur les dispositions fédérales/provinciales/territoriales en matière de politique sur la santé. 1992.

Association médicale canadienne. *Core and Comprehensive Health Care Services: A Proposed Framework for Decision-Making – Executive Summary*. Ottawa, 13 mai 1994.

Association médicale canadienne. *Toward a New Consensus on Health Care Financing in Canada*. Document de discussion, juillet 1993.

Blache, Pierre. « Le pouvoir de dépenser au coeur de la crise constitutionnelle canadienne ». *Revue générale de droit*, vol. 24, n° 1, 1993, p. 29-64.

Boothe, Paul et Barbara Johnston. « Stealing the Emperor's Clothes: Deficit Offloading and National Standards in Health Care ». *C.D. Howe Institute Commentary*, n° 41, mars 1993.

Brooks, Janet. « Alberta's Private MRI Clinics One Sign of Move Away From Cash-Free Medical Care ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 151, n° 5, 1er septembre 1994, p. 647-648.

Conseil national du bien-être social. *Les dangers qui guettent le financement de la santé et de l'enseignement supérieur*. Ottawa, printemps 1991.

Conseil national du bien-être social. *La santé, les soins de santé et l'assurance-maladie*. Ottawa, automne 1990.

Courchene, Thomas J. *Social Canada in the Millennium – Reform Imperatives and Restructuring Principles*. Institut C.D. Howe, 1994.

Evans, Robert G., Morris L. Barer, Greg L. Stoddart et Vandna Bhatia. *It's Not the Money, It's the Principle : Why User Charges for Some Services and Not Others?* Document de discussion n° 94-06. Centre for Research on Economic and Social Policy, Université de la Colombie-Britannique, janvier 1994.

Forum national sur la santé. *Le financement public et privé du système de santé du Canada.* Ottawa, 1995.

Forum national sur la santé. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier.* Ottawa, 1996.

Godbout, Gilles. « Les transferts fédéraux aux provinces : une réforme nécessaire ». *Options politiques*, vol. 14, décembre 1993, p. 40-44.

Gray, Charlotte. « As Ottawa Reduces Stake in Health Care System, Does it Open Door for Private Sector ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 151, n° 5, 1er septembre 1994, p. 643-644.

Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé (1975-1999) – Sommaire.* 16 décembre 1999.

Jenness, R.A. et M.C. McCracken. *Review of the Established Programs Financing System*. Informetrica, document n° 2. Préparé pour le ministère des Affaires inter-gouvernementales de l'Ontario, 29 octobre 1993.

Kennedy, Mark. « Is There a Cure for Medicare? ». *Ottawa Citizen*, 3 septembre 1994, p. B1-B2.

Martin, Sheilah L. *La reproduction féminine, la Charte canadienne des droits et libertés et la Loi canadienne sur la santé*. Conseil consultatif sur la situation de la femme, septembre 1989.

Moran, Terry. « Province's Former Health Minister Brings Private-Sector MRI to BC ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 151, n° 5, 1er septembre 1994, p. 645-646.

Premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux. *Un cadre visant à améliorer l'union sociale pour les Canadiens*. 4 février 1999.

Rachlis, Michael. « Le bistouri sur la gorge – Medicare, la pièce maîtresse des programmes sociaux canadiens est en danger ». *Les Cahiers de l'Agora*, vol. 1, avril 1994, p. 17-20.

Santé Canada. « *La Loi canadienne sur la santé* n'admet pas un système de santé à deux paliers, affirme Diane Marleau ». *Communiqué*, 6 janvier 1995.

Santé Canada. *Loi canadienne sur la santé – Rapport annuel*. Ottawa, années diverses.

Santé nationale et Bien-être social Canada. *Pour une assurance-santé universelle*. Ottawa, 1983.

Sormany, Pierre. « La médecine privatisée ». *Affaires Plus*, n° 15, septembre 1992, p. 18-21 et 24-25.

Thomson, Alistair. *Getting to the Core of Comprehensiveness – A Discussion Paper by the Health Action Lobby*. Groupe d'intervention action santé (HEAL), mars 1994.

Thomson, Alistair. *Federal Support for Health Care – A Background Paper*. Groupe d'intervention action santé (HEAL), juin 1991.

Vérificateur général du Canada. « L'appui fédéral à la prestation de soins de santé ». Chapitre 29, rapport de novembre 1999.

---

* La première version de ce bulletin d'actualité a été publiée en janvier 1995. Le document a été sans cesse mis à jour depuis.